



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS GERAIS
Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal – Sipec

FORMULÁRIO DE PERFIL DE SAÚDE

Somente para apresentação na Inspeção Médica Oficial – investidura em cargo público

USO EXCLUSIVO DA UNIDADE QUE REALIZA A INSPEÇÃO MÉDICA OFICIAL. NÃO ENVIAR AO SETOR DE GESTÃO DE PESSOAS E NÃO ANEXAR AO PROCESSO DE POSSE.

1. Identificação do(a) candidato(a)

Nome completo:
Data de Nascimento:
CPF:
Cargo a que concorre:
Órgão/entidade de provimento:
Telefone para contato:

2. Ciência sobre as atribuições do cargo

Declaro que tomei ciência das atribuições essenciais do cargo disponibilizadas pelo órgão/entidade, ou prevista no edital do certame, e que responderei às questões abaixo com base em meu estado de saúde atual.

3. Saúde atual – autodeclaração

3.1. Está em tratamento médico em curso? ☐ Não ☐ Sim. Qual/desde quando: _____

3.2. Usa medicação de uso contínuo? ☐ Não ☐ Sim. Qual/dose: _____

3.3. Teve internação nos últimos 12 meses? ☐ Não ☐ Sim. Qual motivo/data: _____



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS GERAIS
Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal – Sipec

3.4. Possui condição de saúde que requeira acompanhamento (ex.: cardiopatias, diabetes, epilepsia, transtornos mentais, doenças respiratórias, reumatológicas, oncológicas)? ☐ Não ☐ Sim. Qual: _____

3.5. Apresenta limitação funcional que possa interferir nas atribuições do cargo (ex.: esforço físico prolongado, permanência prolongada em pé, locomoção, manuseio fino, trabalho noturno/por turnos, direção de veículo, uso de EPI específicos)? ☐ Não ☐ Sim. Descreva: _____

3.6. Deficiência (quando houver): ☐ Não ☐ Sim. Tipo/descrição: _____

3.7. Neurodivergência (quando houver): ☐ Não ☐ Sim. Tipo/descrição: _____

3.8. Histórico ocupacional relevante (últimos 5 anos) – desenvolveu atividades com exposição a riscos ocupacionais?

- ☐ Não
- ☐ Agentes químicos/poeiras
- ☐ Agentes biológicos
- ☐ Agentes físicos (ruído, calor, frio, umidade, condição hiperbárica, vibração, radiação não ionizante)
- ☐ Radiação ionizante/Raios-X
- ☐ Ergonômicos.

Descrever: _____

3.9. Histórico ocupacional relevante (últimos 5 anos) – acidentes/doenças relacionadas ao trabalho:

☐ Não ☐ Sim. Descreva: _____



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS GERAIS
Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal – Sipec

3.10. Alergias relevantes (medicamentos, látex, alimentos, outros): ☐ Não ☐ Sim. Quais: _____

3.11. Gestação (quando aplicável): ☐ Não ☐ Sim. Semana: _____

3.12. Campo livre (opcional): outras informações de saúde que julgar relevantes ao exercício do cargo: _____

4. Vacinação (quando exigida em edital/atribuições)

☐ Apresentarei comprovante(s) de vacinação, quando solicitado(s), conforme edital/atribuições do cargo.

5. Entrega e uso do formulário

- a) este formulário será apresentado diretamente ao médico avaliador no momento da Inspeção Médica Oficial;
- b) não será arquivado com o atestado declaratório de aptidão nos assentamentos funcionais;
- c) seu uso é exclusivo para subsidiar a avaliação clínica durante a Inspeção Médica Oficial, em conformidade com a Portaria SRT/MGI nº 4.515/2024 (com alterações) e com a LGPD.

6. Declaração do(a) candidato(a)

Declaro, para os devidos fins, que as informações prestadas são verdadeiras e refletem meu estado de saúde atual, comprometendo-me a informar o órgão/entidade caso ocorra alteração relevante que possa comprometer o exercício das atribuições do cargo, inclusive após a emissão do atestado declaratório de aptidão.

Local e data: _____

Assinatura do(a) candidato(a):

Igual ao documento de Identidade



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS GERAIS
Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal – Sipec

7. Uso exclusivo do médico avaliador (preenchimento pela unidade que realiza a Inspeção Médica Oficial)

Recebido e conferido em: ____ / ____ / ____.

Análise clínica:

☐ informações suficientes

☐ solicitar esclarecimentos/exames complementares

Observações do ato médico (opcional): _____

Nome e CRM (ou equivalente) do médico avaliador: _____

Assinatura/Carimbo: _____

Guarda do documento:

- Se realizada a avaliação em Unidade SIASS, este formulário integra o prontuário de saúde ocupacional da unidade que realizou a Inspeção Médica Oficial, observadas as políticas de segurança da informação e a tabela de temporalidade aplicável. É vedado o arquivamento nos assentamentos funcionais.
- Se realizada em unidade ou serviço diverso, nos termos da Portaria SRT/MGI nº 4.515/2024 (com alterações), devolver ao candidato.